№ 4. Wien, Freitag den 25. Jänner 1861. VII. Jahrg.

Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium der **medicinischen Facultät in Wien.**

Redigirt von Prof. Dr. **v. Patruban.**

Mittheilungen aus dem pathologisch-anatomischen Institute in Krakau.

Von Professor ***Heschl.***

1. Theilweise Verkreidung der Herzmusculatur.

Am 19. December v. J. wurde an der hiesigen pathologisch-anatomischen Anstalt die Leiche einer 30 Jahre alten Taglöhnersfrau obducirt, welche folgenden Befund zeigte:

Mittelgrosse Statur, mager, in der hinteren und unteren Körperhälfte mässig oedematös. In jeder Brusthöhle 2—3 Pfund Serum. Die untersten Theile beider Lungen comprimirt, die übrigen Lungen oedematös. Der Herzbeutel etwas Serum enthaltend, das Herz durch Erweiterung und Hypertrophie seiner linken Hälfte fast auf das Doppelte vergrössert, das Fleisch desselben braun, derb, durchscheinend, auf der Schnittfläche von wachsartigem Glanze; ziemlich viele Stellen waren hellgelb scharf begränzt, etwas härter, zahlreiche globulöse Vegetationen an der dem linken Ventrikel zugekehrten Wand des Septums. Die Aorta sammt den Stämmen der Coronarien etwas verdickt, von gelblichen Platten inselförmig besetzt, In der Bauchhöhle etwa 5 Pfund Serum, die Leber etwas kleiner, ein feinmaschiges, aus hellgelben Fädchen bestehendes Netzwerk schimmerte durch ihre Capsel. In der Gallenblase drei Steine aus Cholestearin. Die Milz klein, dunkelroth, derb. Die Nieren etwas kleiner, ihre Oberfläche drüsig, die Substanz derb, mit grau und gelblich marmorirter Schnittfläche. Magen und Gedärme zeigen etwas Katarrh.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zunächst in den Nieren Fettdegeneration in den Epithelien der Harncanälchen und Erfüllung mancher von ihnen bis an die Spitze der Pyramiden herab mit körnigem Fett; daneben cylindrische Colloidmassen in den Pyramiden, Atrophie der Glomeruli; sodann in der Leber Fettdegeneration der Leberzellen, besonders in der Peripherie der Acini so dass hiedurch das vorhin beschriebene Netzwerk zu Stande kam.

Endlich in der Herzsubstanz folgendes: Wenn man die vorhergenannten, gelblichen, etwas resistenteren Stellen im Herzen verfolgte, so fand man, dass sie sich in die Muscelbündel verflochten und oft eine Strecke von 3—6 Linien weit diese Veränderung zeigten. Eine Partie davon mit der Pincette herausgezupft, zeigte Brüchigkeit, liess sich übrigens noch zerfasern und gab, unter das Mikroskop gebracht, folgendes Bild:

Die Muscel-Primitiv-Bündel sind stellenweise um $^1/_6$ bis $^1/_4$ angeschwollen, an diesen Partien dunkler, zum Theil fest, zum Theil ganz undurchsichtig, während die zwischenliegenden Stellen durchsichtig sind und hie und da ganz deutliche, zum grösseren Theile aber nur mehr undeutliche Querstreifen zeigen. Die Undurchsichtigkeit jener Primitiv-Bündel wird hervorgebracht durch eine in jene aufgenommene staub- und körnchenförmige Substanz. Die Körnchen selbst, soweit sie so gross waren, dass sie eine Form erkennen liessen, waren nicht so rund und dick constatirt, wie die Tröpfchen bei der Fettdegeneration, sondern zeigten mehr vieleckige Gestalten, ohne eigentliche Krystallform, waren farblos oder schwach bräunlich. Zusatz von Schwefeläther und Schütteln damit änderte nichts an der Beschaffenheit des Bildes. Dagegen klärten sich die Bündel bei Zusatz von Salzsäure sogleich auf und liessen die undeutliche Querstreifung benachbarter Stellen erkennen. Dabei fand, sowie bei Zusatz von Schwefelsäure, eine mässige Gas-Entwicklung statt und traten bei der Behandlung mit letzterer, augenblicklich die mikroskopischen Gypskrystalle auf. Es kann daher keinem Zweifel unterworfen sein, dass die fragliche Veränderung in der Einlagerung kohlen- und vielleicht auch phosphorsauren Kalkes bestand. Dass die Einlagerung der Kalksalze wirklich in die Muskelsubstanz stattfand, ergibt sich aus dem Querschnitte, welcher die von dem Sarkolemm umschlossenen Räume gleichfalls dick mit Kalkkrümeln angefüllt zeigte.

Dieser Befund, als Verkreidung von Muscelbündeln an sich wegen seiner grossen Seltenheit merkwürdig, lässt nur schwierige Anhaltspuncte finden, welche seine Verwandtschaft mit ähnlichen Fällen erkennen lassen und daher eine Erklärung ermöglichen. Ich selbst, obwohl ich mehr als 100 Herzen von Personen untersucht hatte, die an Bright'scher Nierendegeneration gestorben waren, habe niemals etwas ähnliches beobachtet. Dagegen fand sich ziemlich häufig, d. i. in etwa $^1/_5$ der Fälle Hypertrophie, besonders des lin-

ken Ventrikels mit auffallender Erbleichung der Muskulatur, die in manchen Fällen von einer exquisiten Fettdegeneration desselben herrührte, in anderen aber in keiner sichtbaren Störung der Textur begründet war, obschon in diesen Fällen das Herzfleisch gewöhnlich sehr derb und auf der Schnittfläche von wachsartigem Glanze war. Eine etwas mindere Deutlichkeit der Querstreifung in den Muscelbündeln, als sie sich sonst bei normalen oder hypertrophischen Herzen zeigt, wurde zwar wohl gesehen, aber konnte keinen sicheren Anhaltspunct abgeben. Nach dem vorbeschriebenen Falle aber wäre es nicht unmöglich, dass die Erkrankung der Herzmusculatur in diesen Fällen in der Aufnahme von Kalksalzen bestände und sich daraus sowohl die Erbleichuug als die Consistenzzunahme ergäbe. Ich bin leider, obschon es für diese Untersuchung an Material durchaus nicht mangelt, nicht in der Lage, diese Vermuthung als etwas anderes, denn als solche auszusprechen und muss mich vor der Hand begnügen, dieselbe ausgesprochen zu haben.

Der Art nach gehört die vorliegende Erkrankung unter die von Virchow zunächst näher beschriebenen Kalkmetastasen und es ist auffallend, wenn man Virchow's Fälle durchgeht, zu finden, dass in jedem derselben gleichfalls eine Nierenkrankheit zugegen war. Virchow setzt nun freilich die von ihm beschriebenen Metastasen von Kalksalzen auf Rechnung von gleichzeitig vorhandenen Knochen-Ulcerationen. Doch war auch in einem dieser Fälle keine solche Ulceration vorhanden und wurde das Knochensystem auf andere Processe nicht untersucht. Es scheint demnach, als ob diese Kalkablagerungen sich auch mit der Brighti'schen Krankheit in Zusammenhang bringen liessen.

Bericht über die auf der Wiener-Augenklinik des Professor Dr. Arlt im Studienjahre 1859 behandelten Kranken.

Bearbeitet vom Assistenten Dr. **Businelli.**

(Fortsetzung.)

Der Fall von Iritis syphilitica bot nur insofern ein besonderes Interesse dar, weil ausser den gewöhnlichen Erscheinungen an der Regenbogenhaut noch eine eigenthümliche Veränderung in der Netzhaut beider Augen zu sehen war, die wir hier näher beschreiben wollen. Man fand nämlich am rechten Auge die Sehnervenscheibe in ihrem mittleren Theile dunkelroth, trüb, wie verschleiert, die peripherischen Theile waren durch eine weissliche, nicht merklich erhabene Masse überdeckt, welche nicht nur die Contouren der Papille, sondern auch einen Theil der sie umgebenden Netzhaut deckte. Dieser unregelmässige weisse Fleck war gleichfalls saturirt, zeigte keine deutliche Faserung und erinnerte vielmehr an eine von der Sonne beleuchtete Wolke; nur an der peripherischen Grenze sah man eine Andeutung von radiärer Streifung und der Fleck verlor sich mit vorspringenden Winkeln allmälig in die normale Netzhaut. Die Ausdehnung dieser weissen Stelle betrug von oben nach unten ungefähr zweimal den Durchmesser einer normalen Sehnervenscheibe. Die Centralgefässe der Netzhaut waren theilweise nur leicht verschleiert, also in der trüben Schichte nur eingebettet; grösstentheils waren sie aber ganz verdeckt und kamen nur in der Peripherie des weissen Fleckes fast plötzlich zum Vorschein. Am linken Auge war ein ähnlicher Fleck auf der inneren Hälfte der Sehnervenscheibe und auf der angrenzenden Netzhaut vorhanden, hatte jedoch geringere Ausdehnung. Ausser den eben beschriebenen weissen Stellen war im Augengrunde nichts Abnormes zu sehen. Das Sehvermögen war an beiden Augen getrübt, besonders am rechten. Patientin konnte jedoch, trotz der bestehenden Hornhauttrübungen und der vorhandenen Iritis mit Synechien, noch Nr. 16 mit dem rechten, Nr. 13 mit dem linken Auge lesen. Es waren in diesem Falle unzweideutige Zeichen secundärer Syphilis (ein maculöses Syphilid, nächtliche Kopfschmerzen, Drüsenanschwellungen), wobei zu bemerken ist, dass die Kranke noch niemals Mercur bekommen hatte. Die allgemeine Behandlung bestand in der Inunctionscur und darauffolgender Verabreichung von Jodkalium; nach zwei Monaten war die Iritis und die übrigen Zeichen der Syphilis verschwunden; die weissen Stellen auf der Netzhaut waren jedoch unverändert geblieben. Ueber die Bedeutung dieser Retinalveränderung äusserte sich Herr Prof. Arlt dahin, es seien Exsudatablagerungen in Folge einer vorausgegangenen specifischen Retinitis. (Da ich selbst noch nie eine durch Syphilis bedingte Retinitis beobachtet habe, so kann ich darüber keine selbstständige Meinung aussprechen; wohl muss ich aber bemerken, dass das ophthalmoskopische Bild viel Aehnlichkeit mit der vom Professor Jäger veröffentlichten Abbildung eines bei einem nicht syphilitischen Individuum vorgekommenen Netzhautexsudates hatte. (s. Jäger Tab. XIII und überdiess, dass beide Bilder der im Archiv für Ophthalmologie IV. Bd. 2. Abth. von H. Müller beschriebenen eigenthümlichen, partiellen Verdickung und Trübung (Hypertrophie) der Sehnervenfasern im Bereiche der Papille und ihrer Umgebung ziemlich genau entsprechen.)

b) Occlusio pupillae.

Mit dieser Krankheit wurden 28 Kranke behandelt (und zwar 19 M. und 9 W.). Am Ende des Studienjahres blieb ein Mann in der Behandlung. Die Krankheit bestand eilfmal am rechten Auge, neunmal am linken und achtmal an beiden Augen. Was die Combinationen anbelangt, so waren einmal Blenorrhoe, dreimal Hornhautnarben, einmal eine Hornhautnarbe und Staphyloma posticum, einmal Hornhautnarbe und Amblyopie am selben Auge vorhanden. An dem nicht zur Behandlung gelangendem Auge war zweimal Amaurosis und einmal Cataracta lenticularis constatirt. In einem Falle war die Cornea des anderen Auges in Narbengewebe verwandelt und bestand in beiden Augen ein Ektropium partiale palp. super. In einem Falle war eine Hornhautnarbe an dem der Behandlung zu unterziehenden Auge und Pthisis Corneae des anderen und in einem anderen Falle, wo gleichfalls das zu behandelnde Auge mit einer Hornhautnarbe behaftet war, bot das andere ein Totalstaphylom der Cornea dar.

Der Beschäftigung nach waren unter den Männern: 6 Handwerker, 1 Lehrer, 2 Handelsleute, 1 Kleinhäusler, 1 Postconducteur, 4 Taglöhner, 2 Träger, 1 Briefträger, 1 Rabinersohn. Unter den behandelten Weibern waren 2 Handarbeiterinnen, 2 Handwerksfrauen, 1 Bauernweib, 2 Pfründnerinnen, 2 Mägde und 1 Kind.

In Bezug auf das Alter war das geringste (5 Jahre) dem weiblichen Geschlechte angehörig, ebenso das höchste (71 Jahre). Ausserdem waren

unter 20	Jahren 3,	1 M.	2 W.
zwischen 20—30	» 6,	5 »	1 »
» 30—40	» 7,	5 »	2 »
» 40—50	» 1,	1 »	— »
» 50—60	» 5,	5 »	— »
» 60—70	» 3,	1 »	2 »

Die Veranlassung, welche die vorausgegangene Iritis hervorgerufen hatte, war: zweimal Verwundung mit einem kreuzergrossen, scharfen Eisenstück, einmal Pulverexplosion, einmal das Hineinfliegen eines Steinsplitters ins Auge, einmal Verletzung durch die Capsel einer Schusswaffe, einmal Verwundung mit einer Scheere, einmal Staaroperation. Ausser den durch ein Trauma bedingten Augenentzündungen war einmal Kerato-Iritis rheumat. cum hypopyo vorausgegangen. In den übrigen Fällen war eine Augenentzündung als Ursache angegeben worden, deren Charakter nicht eruirt werden konnte. Die Behandlungsdauer war sehr verschieden, die kürzeste (4 Tage) kam zweimal vor, die längste war zwei Monate, die mittlere 13 Tage.

Was die Operation selbst anbelangt, so wurde die Iridektonie dreimal an beiden Augen am inneren Irissegmente vorgenommen, darunter zweimal in einer Sitzung; zweimal im äusseren Irissegment, einmal im unteren, zweimal nach aussen und unten, einmal nach oben, einmal wurde die die Pupille verschliessende Pseudomembran extrahirt, einmal eine solche mit dem Häckchen eingerissen. In einem andern Falle beiderseitiger Pupillensperre wurde am linken Auge am oberen äusseren Segmente eine Pupille gebildet; am rechten Auge dagegen eine centrale angelegt. Diese letztere verschloss sich aber bald darauf durch Exsudat und wurde dann nach wiederholt versuchter Iridektomie die Iridodialyse gemacht. In allen übrigen Fällen wurde die Pupille mehr weniger innen und unten angelegt. In 10 Fällen war während und nach der Operation Blut ausgetreten.

Die Nachbehandlung war in der Regel eine höchst einfache. Beide Augen mit Empl. angl. verklebt, etwas geordnete Charpie mittels drei von einer zur andern Schläfe geführten Heftpflasterstreifen befestigt, bildete den Verband. Die Patienten lagen im Bett oder sassen in demselben oder in einem Fauteuil, gesichert gegen grelle Beleuchtung, Schreck u. s. w. War die Operationswunde geheilt, so wurde der Verband entfernt und die Patienten gegen grelles Licht durch einen Augenschirm geschützt. Nur zweimal wurde ein Druckverband angelegt und zwar in einem Falle von Iritis chronica wegen eingetretener Blutung in die vordere Kammer, in einem anderen Falle, um das Ektatischwerden der Hornhautnarbe hintanzuhalten. In acht Fällen mussten wegen zu starken Reactionserscheinungen Blutegel an die Schläfe, kalte Umschläge aufs Auge, kurz antiphlogistisch verfahren werden.

Der Zweck der Operation, nämlich Wiedererlangung oder Besserung des noch bestehenden Sehvermögens oder bloss Erweiterung des Gesichtsfeldes wurde in 19 Fällen vollständig und zweimal nur theilweise erreicht. Gleichzeitig hoffen wir durch die Excision der Iris weiteren Entzündungsanfällen dieser Membran vorgebeugt zu haben. In fünf verzweifelten Fällen, bei welchen tiefe Veränderungen in der Ernährung des Augapfels schon eingetreten waren, konnte keine Besserung des Sehens erzielt werden.

V. Krankheiten der Choroidea und des Ciliarkörpers.

a) Cyclitis.

Es kamen zwei Fälle von partieller Entzündung des Ciliarkörpers vor. Der erste Fall betraf einen 48jährigen Mann, der in folgendem Zustande aufgenommen wurde. Am rechten Auge fand man eine erbsengrosse, aus zwei Ausbuchtungen bestehende, blasenartige, durchscheinende Geschwulst an der Sclera, knapp am äusseren Hornhautrande. Diese Geschwulst hatte eine bläuliche Färbung und war von einem dichten, rosenrothen Gefässnetze umgeben. Sie war durch die an dieser Stelle verdünnte und ausgebuchtete Sclerotica gebildet, welche höchst wahrscheinlich mit dem darunterliegenden Ciliarkörper verwachsen war. Die angrenzende Cornealpartie war leicht getrübt; ein rosenrother Gefässsaum umgab die ganze Hornhaut. Die Iris war etwas verfärbt, röthlich, die Pupille mittelgross, excentrisch, nach aussen verzogen, nicht vollkommen schwarz, sondern etwas grünlich. Die Conjunctiva palpebr. selbst war mässig injicirt, das obere Lid leicht ödematös, die Rollung des Augapfels nach aussen war sehr beschränkt, wahrscheinlich nur durch das mechanische Hinderniss. Das Sehvermögen derart vermindert, dass der Kranke nur mit Mühe die Zeiger der Taschenuhr erkennen, die Buchstaben Nr. 20 (Jäger) jedoch nicht ausnehmen konnte. Er klagte ferner über heftige, reissende Schmerzen im Auge und in der entsprechenden Kopfhälfte, hatte Brechneigung und Schlaflosigkeit seit fünf Tagen. Das linke Auge war vollkommen normal. — Ueber die Entstehung der Krankheit konnten wir nur erfahren, dass der Patient schon seit einem Jahre drückende Schmerzen im Auge empfunden und dass dabei das Sehvermögen allmälig abgenommen hatte. In den letzten vier Wochen waren Röthe des Auges, Lichtscheu, Thränenfluss und Schmerzen hinzugetreten, wobei die beschriebene Geschwulst allmälig entstanden war. Aus den angeführten Erscheinungen mussten wir schliessen, dass die entzündliche Affection vorwiegend einen Theil des Ciliarkörpers ergriffen hatte, durch deren Uebergreifen auf die Bindehaut des Staphyloma sclerae entstanden war. Die Behandlung bestand in wiederholten Punctionen der Geschwulst mit unmittelbar darauf folgender Anlegung eines Druckverbandes. Diese Operation wurde in einem Monat sechsmal wiederholt. Jedesmal wurden 3—5 Stiche an verschiedenen Stellen gemacht, zuletzt aber wurde statt der Nadel das Lanzenmesser angewendet. Es floss anfangs eine blutig seröse Flüssigkeit, später eiteriges Exsudat aus den Stichwunden und die Geschwulst fiel etwas zusammen. Dabei blieb die vordere Augenkammer unverändert, was offenbar beweist, dass die erwähnte Blase mit ihr in gar keiner Verbindung stand. Nach jeder Punction hörten die drückenden Schmerzen auf; aber noch 3—4 Tagen füllte sich die Geschwulst wieder, trotz der beständigen Anwendung des Compressivberbandes (mittels Charpie und einer Flanellbinde). Endlich nach der letzten Punction blieb die staphylomatöse Ausbuchtung in allen ihren Dimensionen kleiner u. z. hatte sie weniger, als die Hälfte der ursprünglichen Grösse. Während der Behandlung schwand allmälig die Injection um die Cornea. Die Pupille wurde mehr central, das Sehvermögen besserte sich bedeutend, indem der Kranke zuletzt die Minutenstriche der Taschenuhr erkennen und die Schrift Nr. 13 bei 8 Zoll Entfernung lesen konnte. Die Bewegung nach aussen war freier, jedoch nicht ganz normal. — Wegen Familienangelegenheiten musste der Pa-

tient fünf Wochen nach der Aufnahme als gebessert entlassen werden.

Der zweite Fall betraf ein 15jähriges, scrophulöses Mädchen, welches zu wiederholten Malen an Conjunctivitis scrophulosa gelitten hatte. Am rechten Auge war ein partielles, excentrisches Hornhautstaphylom mit Verdeckung der mohnkopfgrossen, verzogenen Pupille; überdiess partielle Iritis und Cyclitis mit Hypopion. Nahe an der staphylomatösen Hornhautnarbe war die Sclera schmutzig roth, die Kranke hatte heftige Schmerzen, Lichtscheu, Brechneigung etc. Es musste angenommen werden, dass die zunehmende Ausdehnung der peripherischen Hornhautnarbe, welche mit einem Theile der Iris verwachsen war, durch Zerrung der Ciliarnerven den entsprechenden Theil des Ciliarkörpers in Mitleidenschaft gezogen hatte. Nachdem durch Atropin, Ruhe etc. das Hypopium beseitigt war, wurde die Iridektomie vorgenommen und zwar mit sehr gutem Erfolge sowohl für das Sehvermögen, als gegen die Ektasie der Narbe und gegen ihre Folgen. Das Mädchen war in 3 Wochen geheilt.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

A. Aus der gerichtsärztlichen Praxis wundärztl. Section.

Doppelmord.

Mitgetheilt von Dr. *Schumacher*, k. k. Prof. in Salzburg.

(Fortsetzung.)

*5. Befund über Kaspar K., aufgenommen den 16. Juli *).*

Er ist 72 Jahre alt, mittelmässig gross, regelmässig und kräftig, grobknochig gebaut und noch so rüstig aussehend, dass man ihn erst 60 Jahre alt halten möchte. An seinem Körper ist nicht die geringste Verletzung zu sehen, dessen Fingernägel sind sehr lang und krallenähnlich gekrümmt, Eine Hand und ein Fuss desselben werden nach den Dimensionen mit Bleifeder abgezeichnet und zu Gerichtshänden genommen. Die stark hervorragenden, mit dichten, schwarzen Augenbraunen besetzten Augenbögen, die grossen tiefliegenden, schwarzen Augen, der trotzige Blick, das eingefallene, blatternarbige Antlitz mit dem zahnlosen, überragenden Unterkiefer geben der Physiognomie des Kaspar K. einen unheimlichen, widerlichen Ausdruck. Sein Benehmen ist barsch, sonst erscheint er körperlich und geistig gesund.

6. Befund der Blutflecken, aufgenommen den 16. Juli.

Das Fensterbrett gegenüber dem Bette der Helena K. ist mit Blut beschmiert. An der Frontwand befinden sich nach der Länge des Bettes und darüber hinaus viele Blutflecken, wie solche durch Spritzen aus verletzten Gefäsen zu entstehen pflegen, an einem derselben nimmt das Fibrin die unterste Stelle des Fleckens ein, ein Beweis , dass sie durch frisches Blut erzeugt wurden. Solche Blutflecken sieht man auch auf dem Fussboden in der Mitte des Zimmers, 2 Fuss von jener Lache entfernt, in welcher der Oberkörper der Helena K. lag. Nächst dem Ofen klebt ein kleines Blutcoagulum am Fussboden. Auffallend ist daselbst die Gestalt eines nächst der Seitenwand des Betttes der Susanna K. befindlichen Blutfleckens, welcher den Abdruck der blutigen Hand eines erwachsenen Menschen zu sein scheint. Eine getreue Linienzeichnung auf geöltem Papier wird zu Gerichtshanden genommen. Am Stehkasten sieht man zwei kleine Blutflecken und am freien Längenrande der Thür zum Vorzimmer in der Nähe des Schlosses mehrere Blutflecke, wie solche durch Betasten mit einer blutigen Hand hervorgebracht werden. Am Fussboden des Vorzimmers in der Richtung zur Gangthür und auf dem Boden des Ganges in der Richtung bis zur rückwärts gelegenen Magdkammer ist eine Strasse von verschieden grossen und verschieden geformten Blutflecken. An der Gangthür des Vorzimmers zeigen sich hie und da kleine Blutflecken. Geht man von der Magdkammer zurück, so bemerkt man an der zur linken Hand gelegenen Gangmauerwand neben und über der Netztruhe ein länglich rundes Blutcoagulum, von dessen tiefster Stelle ein blass gefärbter, spannlanger, eine Linie breiter Blutstrich nach abwärts läuft, rings um diesen sind viele kleine Blutspritzer. In fast gleicher Höhe mit dem oberen Rande der Netztruhe kleben an dieser Wand noch zwei rundliche Blutklümpchen, sie sind wahrscheinlich durch Abschnellen einer von geronnenem Blute triefenden Hand dorthin gelangt.

Geht man im Gange weiter zum Schlafzimmer, so sieht man an der zur rechten Hand gelegenen Wand mehrere längliche Blutflecken in der Richtung von vor- nach rückwärts, sie scheinen durch das Wegschleudern eines mehr dünnflüssigen Blutes während des Hervorgehens von der Magdkammer erzeugt worden zu sein. Endlich befindet sich auf der 1., 5. und 6. Stufe der hölzernen Stiege zum Unterdach ein runder, Conv.-Münze-Kreuzer grosser Blutfleck.

Das Leintuch des Bettes der Helena K., auf welchem ihr Kamm zerbrochen lag, ist am oberen Theile nur wenig, am Fussende hingegen viel mit Blut bespritzt. Die vierkantige Leiste, welche den oberen Rand des Fussbetttheiles bildet, ist an mehreren Stellen mit Blut beschmutzt; gerade unter dieser Leiste sieht man an der inneren Fläche dieses Fusstheiles zwei Gruppen runder Blutflecken, in deren Mitte die Farbe des Bettanstriches durchscheint. Die eine dieser Gruppen besteht aus 4, die andere aus 2 Flecken, die Entfernung von einander beträgt einen Fuss.

Diese Flecken scheinen der Abdruck der Fingerballen und durch Anklammern der blutigen Hände entstanden zu sein.

Bei der Hausdurchsuchung fand man an einer auf dem Unterdach befindlichen, nächst dem Dachschuber lehnenden Leiter einen blutrothen Fleck und mehrere solche an den Schindeln des Dachschubers und des nächst gelegenen Daches. Diese Effecten wurden zum Behufe der physikalisch-chemischen Untersuchung in das chemische Laboratorium der J.-Apotheke gebracht.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind:

Der an der Leiter befindliche Fleck ist 2" lang 1" breit, unregelmässig länglich gestaltet, sehr dünn aufgetragen und hat den Glanz und die Farbe eines Blutfleckens.

Behufs der näheren Untersuchung wurde die Holzschichte, worauf dieser Fleck haftete, mit dem Messer behutsam abgetragen, worauf sie in mehrere Späne zerfiel. Ein solcher Span unter das Mikroskop gebracht, zeigte eine gleichförmig gelbrothe Färbung und sonst nichts Bemerkenswerthes; ein anderer färbt das destillirte Wasser, worin er geweicht wurde, stark gelbbraun, einige Tropfen

---

*) Die im Protocolle aufgeführte genaue Beschreibung der Localitäten, so wie der Befund der einzelnen Kleidungsstücke wurde, weil von geringerem gerichtsärztlichen Interesse, nicht aufgenommen.

mikroskopisch untersucht, lassen keine Blutkörper wahrnehmen.

Einige Späne wurden mit Salzsäure gekocht und die filtrirte Flüssigkeit in zwei Theile getheilt, ein Theil mit eisenblausaurem Kali zersetzt, färbt sich sogleich blau. Der andere mit Gallussäure versetzt, sogleich bläulich-schwarz, ein Beweis der Eisenhältigkeit dieser Flüssigkeit. Die noch übrigen Späne wurden im Platintiegel verkohlt, eingeäschert, und die Asche mit verdünnter Salzsäure gekocht. Diese Flüssigkeit filtrirt, mit Ammoniak versetzt und erhitzt, zeigt deutlich einen flockigen Niederschlag, ein Beweis des Thonerdegehaltes.

Die Kohle, die auf dem Filtrum abgesezt war, womit man diese thonhältige Flüssigkeit abflltrirt hatte, wurde durch Zusatz von Borax zu Glas geschmolzen, welches sich nach Zusatz eines Tropfen salpetersauren Kobaltoxydes unter der Einwirkung der Löthrohrflamme blau färbte, ein Beweis der Thonhältigkeit dieses Filtrumrückstandes.

Aus dieser Untersuchung resultirt, dass dieser Fleck ein Röthelfleck war.

Die Flecken an den Schindeln des Dachschubers und des Daches, sowie der Fleck an der Leiter behandelt, ergaben dasselbe Resultat. Diese Flecken rühren höchst wahrscheinlich von der Zimmermannsarbeit her. (Fortsetzung folgt.)

Feuilleton.

Zur Reformfrage der feldärztlichen Branche.

Es hat wohl kein Stand der Armee seit dem Jahre 1848 so zahlreiche und grösstentheils so unerquickliche Phasen durchlebt, als wie der feldärztliche. Am 11. März des genannten Jahres, mithin zwei Tage vor Ausbruch der Revolution, erfloss die erste Organisation dieser Branche, an welcher der weiland Hofkriegsrath mehrere Jahre gearbeitet hatte. Ungeachtet diese Organisirung nur das Allerdürftigste enthielt, was man eben den Feldärzten gewähren konnte, — die Oberärzte erhielten das goldene Port' epée, jedoch o h n e die bei den Officieren daran geknüpften materiellen Vortheile — so wurde sie doch von vielen Seiten mit scheelem Auge betrachtet, und — unglaublich, aber doch wahr — als eine revolutionäre Errungenschaft angefeindet.

Der grosse Bedarf an Aerzten bestimmte die Militär-Verwaltung noch in demselben Jahre zu weiteren Concessionen, und man bewilligte daher den Feldärzten einen ausgesprochenen Militär-Charakter sammt den chargenmässigen Distinctionszeichen und Emolumenten. Unter einem wurde die Josefsakademie, nachdem sie ihrer Bestimmung schon lange nicht mehr entsprechen konnte, aufgelöst. Aber schon im nächsten Jahre, im Jahre 1849, verkümmerte man den Feldärzten abermals ihre Stellung, indem man bei Gelegenheit einer neuen Adjustirung der Armee sie an selber nicht theilnehmen liess. Die Aerzte behielten am Kragen die bis dahin als Distinctionszeichen üblichen Börtchen, welche geistreichen Köpfen nunmehr zur Zielscheibe ihres Witzes wurden. Welche empfindliche Schlappe hiedurch den Feldärzten ward, kann jeder ermessen, der einigermassen mit dem Formwesen der Armee vertraut ist.

Zu Ende des Jahres 1850, als Krieg mit Preussen auszubrechen drohte, erschien eine abermalige Organisirung dieser Branche; die äussere Stellung der Feldärzte wurde zwar nicht geändert, ihre so ungünstigen Avancements-Verhältnisse blieben dieselben, aber ihre Gehalte und Ruhegenüsse wurden, man kann sagen für die damalige Zeit, wesentlich erhöht.

Es war im Jahre 1852, wenn wir nicht irren, als den dirigirenden Stabsärzten der Provinzen von höheren Ort die vertrauliche Mittheilung ward, ihren Untergebenen zu bedeuten, sich des bis dahin officiell noch immer aufhabenden Militärcharakters nicht weiter mehr zu bedienen. Die Aerzte folgten ruhig diesem Befehl und selbst die w e n i g e n, die gewohnt waren, sich bei ihrer Unterschrift des ihnen g e s e t z l i c h zustehenden Militärcharakters: Lieutenant etc. zu bedienen, unterliessen es. Man kann den Feldärzten nimmer nachsagen, dass sie von der Würde ihres Standes so wenig durchdrungen waren, als dass sie ein gleiches Zettergeschrei erhoben hätten, wie ein anderer Stand, dem wenige Jahre darauf Aehnliches wiederfuhr.

In dasselbe Jahr 1852 fällt die Errichtung eines feldärztlichen Institutes zur Heranbildung von Unterärzten, welchem zwei Jahre später die Restaurirung der medicinisch-chirurgischen Josefs-Akademie folgte. Wenn wir recht unterrichtet sind, waren die Motive ihrer Wiedererrichtung: Pietät gegen den erhabenen Gründer; die Verdienste, die sich diese Akademie um die Armee bereits erworben; die vorgeschützte Unmöglichkeit, genügend Aerzte aus dem Civile zu erlangen, und — doch der letzte Grund ist uns entfallen.

Bei Gelegenheit einer im Jahre 1854 erneuert vorgenommenen Regulirung der Militär-Adjustirungs-Vorschrift wurde den Feldärzten endlich auch das Tragen der Officiers-Distinctionen am Kragen bewilligt, und im August 1855 erschien eine abermalige Reorganisirung dieser Branche, durch welche die Zahl der höheren Chargen, der Stabs- und Regimentsärzte, auf das D o p p e l t e erhöht wurde. Obgleich diese erhebliche Verbesserung der Avencementsverhältnisse dem Staatssäckel nicht zur Last fiel, weil sie durch eine theilweise Verringerung der Gehalte bewerkstelligt wurde, indem die ferner zu ernennenden Regiments- und Oberärzte um je 100 fl. weniger erhielten, so müssen wir sie immerhin als einen erfreulichen Fortschritt in der Geschichte der feldärztlichen Branche, an den sich weitere Hoffnungen knüpfen mochten, betrachten.

Der Friede von Villa franca war geschlossen; eine Verminderung des Militärbudgets that dem Staate vor Allem Noth; Reductionen mussten in jedem Zweige der Militär-Verwaltung eintreten, das war wohl jedem klar, und auch die Feldärzte machten sich auf einen zeitweisen Avancements-Stillstand gefasst. Doch dessen sollte nicht genug sein; während man nach dem Frieden die Zahl der Regimenter vermehrte und so für die Zukunft einen grösseren feldärztlichen État überhaupt nothwendig machte, verminderte man durch Entfernung der Regimentsärzte von den Depot- und Jäger-Bataillons und von anderweitig systemisirten Stellen ihre Zahl um nahezu 100. Und doch konnten diese ärztlichen Stellen nicht ganz aufgelassen werden, sie sollten in Zukunft nur mit Oberärzten besetzt werden.

Dass jedes Avancement in der Branche hiedurch illusorisch wurde, versteht sich wohl von selbst und tiefer Unmuth musste die Feldärzte erfassen, die ungeachtet der stets bewiesenen Opferwilligkeit und ungeachtet sie bei allen vorangegangenen Reorganisirungen der Armee immer nur am kärglichsten bedacht waren, ja so zu sagen, mit dem Abhub anderer Leute Gastung vorlieb nehmen mussten,

diessmal am schonungslosesten behandelt wurden. Die Folge davon war ein massenhafter Austritt der Aerzte aus dem Militärverbande — es schieden im verflossenen Jahre wohl über 300 aus der feldärztlichen Branche; ja diese Ziffer würde noch weit grösser erscheinen, hätte man nicht für gut befunden, nicht allen einlaufenden Austrittsgesuchen zu entsprechen. Die natürliche Folge dieses überaus zahlreichen Austrittes war Mangel an ärztlichen Kräften, der sich dort am fühlbarsten machen musste, wo der grösste Theil der Armee aufgestellt ist, — in Italien.

Es hatte nicht an Stimmen gefehlt, welche schon lange vorher auf diese drohende Eventualität hingewiesen hatten, doch man schenkte ihnen kein Gehör, bis endlich Feldzeugmeister Ritter von Benedek sich schriftlich an den Kriegsminister wandte mit dem dringenden Ansuchen um Abhilfe.

Dieser Bericht dürfte auch das Motiv gewesen sein, dass die gegenwärtig im Kriegsministerium znr Regelung der feldärztlichen Angelegenheiten berathene Commission einberufen wurde. Den Vorsitz bei dieser Commission führt Feldmarschalllieutnant Baron Teuchert, als Commissionsglieder fungiren, von Seite der Combattants, General von Torri, Oberst von Saffran und von ärztlicher Seite Generalstabsarzt Ritter von Dreyer und die Oberstabsärzte Ritter von Brum, Ritter von Kraus und Russheim, und wie wir hören, sollen die Berathungen auf Grundlage eines von einem höhergestellten Militärarzte überreichten Elaborates gepflogen werden.

Es soll dieses Elaborat folgende Wünsche enthalten: Herstellung des vor dem letzten italienischen Kriege bestandenen Chargenverhältnisses für die graduirten Feldärzte, Aufbesserung des Gehaltes der Unterärzte und Oberwundärzte durch Ertheilung von Alterszulagen bis zur Summe eines Gehaltsbezuges von 600 fl., Ertheilung des goldenen Port'epées an die Unterärzte, Umwandlung der feldärztlichen Gehilfen in Spitalsgehilfen, welche jedoch nicht in den Verband der feldärztlichen Branche gehören würden, Creirung eines eigenen stabilen ärztlichen Spitalsstandes und einer permanenten Militär-Spitäler-General-Inspection, Transformation der Josefsakademie in eine eigentliche feldärztliche Präparanden-Schule, in welcher die aus dem Civile eintretenden Aerzte ein Vorbereitungsjahr zuzubringen hätten, um in den für einen Feldarzt besonders wichtigen Gegenständen ausführlichen Unterricht zu erhalten.

Diesen piis desideriis, von welchen wir nicht läugnen können, dass sie in der That geeignet sind, die feldärztliche Branche im richtig aufgefassten Interesse des Armee-Sanitätsdienstes so wie der Individuen zu heben, wurde von Seite der Mehrzahl der ärztlichen Commissionsglieder der weitere Wunsch der Ertheilung eines ausgesprochenen Officierscharakters für die graduirten Feldärzte beigefügt.

Obgleich wir recht gut wissen, dass die gegenwärtig mesquine Stellung einer Militär-Partei keineswegs geeignel ist, tüchtige Männer, die sich ihres Werthes bewusst sind, zufrieden zu stellen, so gehören wir doch nicht zu jenen, die da glauben, dass die Stellung des Arztes, der im Heere dient, durch den Besitz oder Verlust eines ausgesprochenen Officierscharakters erhoben oder erniedrigt werden könne, wir gehören nicht zu jenen, die nach Titulaturen geizen, die, weil sie einem andern Stand eigenthümlich

sind, für uns sicher einen komischen Beigeschmack mit sich bringen würden, wir fassen unsere ärztliche Aufgabe anders auf und sympathisiren nicht mit jenen, die stets etwas anderes sein wollen, weil sie gerade das nicht sind, was sie sein sollen.

Was wir aber beauspruchen, das ist, dass den Feldärzten alle jene Achtung und jene Ehren rückhaltslos gezollt werden, die ihrem aufhabenden militärischen Range zukommen, dass die Feldärzte, die doch auch unter dem Donner der Geschütze und unter den Kugeln der Feinde ihrem gewiss schwierigen Berufe obliegen müssen, nicht in socialer Beziehung immer jenen nachgestellt werden, welchen sie auf dem Felde der Ehre unzertrennliche Begleiter sind.

Wir gestehen es, uns würde das Geschenk des ausgesprochenen Officierscharakters keine Freude machen, — denn uns gälte er als eine Gabe der Eris.

B. Facultätsangelegenheiten.

In der am 21. d. M. abgehaltenen Plenarversammlung des Doctoren-Collegiums verlas der Notar eine Zuschrift des Herrn Regierungs-Rathes Prof. Pleischl, in welchem dem Collegium für das Vertrauen, dessen sich derselbe durch die im Schoosse der Corporation erfolgten Wahl zum Candidaten für die Rectorswürde zu erfreuen hatte, der verbindlichste Dank ausgesprochen und zugleich das Ansuchen gestellt wird, es wolle dieses Dankschreiben im Archive der Facultät aufbewahrt werden.

Hierauf machte der Decan die Mittheilung, dass ein Beschluss des leitenden Ausschusses vorliege, in welchem das Plenum angegangen wird, die Zahl der Mitglieder dieses Ausschusses zu vergrössern, so dass künftighin 12 Mitglieder, den beisitzenden Herrn Notar und den Bibliothecar nicht mitgerechnet, den Berathungen beiwohnen sollen. Wird mit der Bemerkung des Herrn Dr. Lerch, dass eine diessfällige Aenderung, weil die Statuten berührend, zur Kenntniss der Oberbehörde gebracht werden müsse, angenommen.

Herr Dr. M. Haller eröffnet nun die Discussion über Rilliets Jodismus, indem er seine in den Militärspitälern gewonnenen Erfahrungen mit den Ergebnissen aus seiner Privatpraxis zu Grunde legte. Diese beziehen sich vorzüglich auf Knochen-Syphilis, Periostitis, Scrophulosis, acuten Gelenks-Rheumatismus und Struma. Obwohl man von vorne her nicht vermuthen sollte, dass Militärspitäler ein Feld von Beobachtungen über Struma bieten, da dieses Leiden bekanntlich den Mann zum Eintritt in den Kriegsdienst unfähig macht, so kam doch die Gelegenheit, Schilddrüsenvergrösserungen zu behandeln, sehr oft vor, da bei den aus Oberösterreich, Steiermark und Salzburg recrutirten Soldaten eine bei der Assentirung noch sehr geringe Anschwellung der Schilddrüse durch die Anstrengungen im Dienste nicht selten sehr zunimmt und auch Recruten, welche schon mit bedeutender Struma behaftet sind, eben zur Heilung dieses, den Eintritt behindernden Uebels in das Spital geschickt werden. Dr. H. spricht sich nun dahin aus, dass er die nach längerem Gebrauch von Jod einzutreten pflegenden Erscheinungen, als erhöhte Gefässthätigkeit, Gehirncongestionen, Agrypnie, Chromatopsie, Verdauungsstörungen u. s. w. allerdings beobachtet habe, dass ihm aber ein Krankheitsbild, wie es dem constitutionellen Jodismus zukommen soll, unter etwa 50 Fällen nicht vorgekommen sei; beim Gelenks-Rheumatismus, welcher mit endocarditischen Erscheinungen verlief, war die Empfindlichkeit der Kranken gegen die Jodwirkungen allerdings eine erhöhte; in der Behandlung der Struma, welche in vielen Militärspitälern als endermatische, durch Einreiben von Jodsalbe auf das

mittels Vesicantien entblösste Corium vorgenommen wurde, und welche daher das Eintreten der Jodintoxication hätte begünstigen müssen, habe er, ausser den häufigen und in kürzerer Frist auftretenden Gehirncongestionen nichts Auffallendes beobachten können.

Vom theoretischen Standpuncte aus trage er überhaupt gegen das Gespenst des Jodismus Bedenken, da ja bekanntlich das Jod sehr schnell nach seiner Einverleibung durch alle Colatorien, vorzugsweise den Urin, ausgeschieden wird, daher eine Anhäufung des Giftes im Organismus nicht in dem Sinne anzunehmen ist, wie diess für Quecksilber, für Blei, für den Alcohol, dessen Radical sich vielleicht an gewisse Gehirnfette binde, erwiesen ist. Die Ansicht, dass kleine Dosen in diesem Anbetracht eine intensivere Nachwirkung einleiten sollen, könne er in keinem Falle stützen, da auch bei anderen metallischen und nicht metallischen Giften der Grad der chronischen Vergiftung zu der Menge des aufgenommenen Giftes im Verhältniss stehe. Wenn die Vertheidiger des Jodismus die Analogie der Wirkungsweise des Calomels wollen geltend machen, so käme zu bedenken, dass die kleinen Gaben Calomels bei ihrem Uebergang in die Blutmasse durch Verwandlung in Sublimat auf die Nerven der Speicheldrüsen wirken und so den Phyalismus erzeugen, während die grossen Dosen durch Umsetzen im Darmcanale, ohne in die Blutmasse zu treten, in Schwefelverbindungen übergeführt werden. Eben so wenig könne er die Ansicht stützen, dass durch die Aufnahme der Drüsenelemente der strumösen Glandula thyreoidea eine Art Blutvergiftung eintrete, da ja auch andere im Stadium der Uebernährung stehende Drüsen spontan oder nach Anwendung des Jods sich zurückbilden, wo doch derselbe physiologische Involutionsprocess anzunehmen wäre, somit dieselben Folgen eintreten müssten; an eine Ablösung von Drüsenelementen, welche im Innern der Gefässe, ähnlich den die Embolie erzeugenden Blutgerinnseln, oder Ablagerungen am Endocardium mechanisch fortgeschwemmt, zu Störungen im Kreislaufe führen könnten, sei nicht zu denken. Wohl könne man sich der Theorie hinneigen, dass das Jod, bei Behandlung Strumöser, Gehirncongestionen und die hieraus resultirenden Störungen leichter einleiten könne, da bekanntlich hochgradige Entartungen der Schilddrüse mit Geistesstörungen, insbesonders Melancholie, zusammenzufallen pflegen, und in solchem Falle eine Einwirkung auf das Gehirn leichter statthaben kann. Dr. H. findet sich daher aus theoretischen Gründen und nach seiner Erfahrung veranlasst, den constitutionellen Jodismus im Sinne Rilliet's nicht gelten zu lassen, und fordert zu weiteren, mit der nöthigen Skepsis vorzunehmenden Beobachtungen auf.

Herr Dr. E. Nusser knüpfte an diese Mittheilungen ziemlich beistimmend an; obwohl er von den toxischen Wirkungen des Jods, als eines der Vegetation feindlichen chemischen Elementes überzeugt sei, so habe er doch weder in der Spital- noch in der Privatpraxis je einen Vergiftungsfall beobachtet, welcher an das Krankheitsbild, welches R. so kenntlich zeichnet, hätte erinnern können; er habe aber in den letzten Jahren des dritten Decenninms, in welchen die allgemeine Anwendung der Jodpräparate, namentlich im allgemeinen Krankenhause, in einer fast ausschreitenden Weise statt hatte, eine sehr grosse Zahl von mit Jod in den höchsten Dosen behandelter Kranke mit grosser Genauigkeit beobachtet, ohne je das Krankheitsbild des Jodismus zu Gesicht bekommen zu haben.

Damals habe man sich auf einzelnen Abtheilungen des Spitales der Ansicht hingeneigt, dass es ein Virus gonorrhoicum specificum gebe, und mannigfache Krankheitsformen, welche nach den Ansichten der Pathologen unserer Tage durchaus keine Indication für die Jodtherapie bieten, wurden damals mit Jod behandelt, so dass nahezu jeder dritte Kranke der Jodanwendung verfiel. Anomale Ausgänge von Entzündungen, Pseudoplasmen der verschiedensten Art wurden als Folgezustände der noch im Innern des Organismus hausen sollenden Tripperseuche betrachtet und das Jod sollte die heilende Potenz sein. Trotzdem, dass nun auf diese schwankenden Anzeigen hin die Jodcuren in erstaunlicher Menge und in sehr energischer Weise — bis zu einer Drachme Jodkali des Tages — versucht wurden, so konnte Dr. N. dennoch im Verlaufe von 4 Jahren, in denen er auf jenen Krankensälen dienstlich beschäftiget war, nicht einen Fall zu Gesicht bekommen, welcher das Krankheitsbild des Jodismus der Genferärzte darstellte. Da er das Jod in sehr kleinen Dosen niemals selbst anwendete und auch niemals anwenden sah, so müsse er den Schlusssatz formuliren, dass Rilliet's Jodkrankheit wohl nur in äusserst seltenen Fällen zur Beobachtung kommen dürfte.

Dr. Melicher bemerkt in Beziehung auf die zu Ende der Dreissigerjahre im allgemeinen Krankenhause sehr beliebt gewesene Jodtherapie, dass er als Secundararzt ähnliche Curmethoden sah, dass er sich jedoch überzeugt habe, dass in Spitälern die verordneten Arzneien nicht immer in den Magen der Kranken wandern, sondern sehr häufig weggeschüttet werden, dass man, wenn man nicht augenfällig das Einnehmen der ordinirten Medicamente überwacht habe, leicht den ärgsten Täuschungen Preis gegeben sei, daher er späterhin, namentlich auf den Abtheilungen in Militärspitälern die Kranken in seiner Gegenwart während der Visite einnehmen liess. Wurde diese Vorsichtsmassregel geübt, so sah er, meist in der zweiten Woche, eine stürmische Reaction eintreten. Er macht aufmerksam, dass sehr häufig Hautausschläge unter der pustulösen Form zum Vorschein kamen, welche ihm eine Saturation des Organismus für die Jodeinverleibung zu sein schien, daher von diesem Augenblicke an das Jod suspendirt werden solle. Solche Pustelausbrüche habe er, insbesonders bei scrophulösen Kindern, auch nach mehrtägigem Gebrauch des Haller-Wassers und der Adelheidsquelle auftreten gesehen, zugleich mit dem Exanthem trete Unruhe, Blässe des Gesichtes, Verfallen der Züge u. s. w. ein, und deute daher an, dass des Guten genug geschehen.

Dr. Hermann erklärt sich, gestützt auf seine mindestens auf 1000 Fälle basirte Beobachtungen, dass ihm Symptome des constitutionellen Jodismus nie vorkamen, dass er ausser den gewöhnlich angegebenen Symptomen auch typisch wiederkehrende Schweissausbrüche, Speichelfluss, Wiedereintritt der durch Monate unterdrückten Menstruation, Aufbrechen alter Narben und das Auftreten specifischer Geschwüre der primären Form, wie auch Schlesinger und Engelmann in neuester Zeit angegeben, beobachtet habe, dass selbst in Fällen, wo der Speichelfluss in 21 Tagen die Höhe von 16 Pfunden erreichte, keine Erscheinung im Sinne Rilliets wahrzunehmen war. Er müsse sich also dahin aussprechen, dass diese Form Jodismus gar nicht existire, und er fordert die Wiener-Aerzte auf, diesen auf Erfahrung basirten Satz ganz unumwunden, ohne Scheu, auszusprechen.

Primarius Dr. Herzfelder entsinnt sich auch keines Falles, welcher für Rilliet's Ansicht begründend zu deuten wäre; sehr häufig habe er als Folge der Jodwirkung Conjunctivitis eintreten gesehen; er habe sich übrigens meist mässiger Dosen (5 Gran Jodkali auf 3 Unzen Wasser de die) bedient, und habe mit diesen die vorzüglichsten Erfolge, besonders bei Periostitis, bei abgekapselten, sehr langsam zur Aufsaugung kommenden Exsudaten, erzielt; bei dieser Therapie werden die Verdauungskräfte der Kranken geschont, ja es treten Zeichen der günstigsten Reaction ein, guter Appetit, reine Zunge Heiterkeit des Gemüthes, Schwinden der Schmerzen u. s. w. Zum äusserlichen Gebrauche empfiehlt H. das von ihm schon durch 20 Jahre benützte Unguentum saponatum jodatum, welches nach der Vorschrift des Opodeldoc bereitet wird, mit dem Unterschiede, dass statt Kampfer Jodkali in derselben Dosis eingemischt wird.

Dr. Winternitz citirt einen, soeben in seiner Obsorge stehenden Fall von secundärer Syphilis, welcher nach vorhergehender

Behandlung mit Hydrargyrum bijodatum jetzt die Jodtherapie erfordert; Dr. W. lässt die gesammte Menge des excernirten Urins chemisch analysiren und es zeigt sich, dass, wie einer der Vorredner, Dr. M. Haller, schon angab, die ganze Quantität des ordinirten Jodes schnell ausgeschieden wird; im Verlaufe einiger Tage trat Ptyalismus ein; der ausgeschiedene Speichel konnte bis jetzt nicht auf die Spuren von Quecksilber untersucht werden.

Dr. W. bezieht sich übrigens auf die, von ihm in der Plenar-Versammlung vom 10. Dez. v. J. ausgesprochene Behauptung, dass die von den Praktikern gefürchteten Erscheinungen von Jodintoxication vorzüglich auf jene Fälle passe, in welchen Jodina pura oder deren Tinctur in Anwendung gezogen wurden; zwei Fälle von wahrer Jodvergiftung, welche zum Marasmus führten, seien ihm nach der Anwendung von Jodtinctur bekannt geworden. Auch sei zu bedenken, dass bei inhärenter Scrophulosis oder Syphilis, oder Hydrargyrose die Jodtherapie viel weniger die Verdauungskräfte und die Ernährung in Anspruch zu nehmen scheine, als wenn Jodkali wegen anderweitiger localer Krankheiten, z. B. gegen Kropf angewendet wird.

Dr. Rabel, Badearzt in Hall, beobachtete unter 500 dort von ihm behandelten Kranken zwei Individuen, welche nach einem kurzen Gebrauche der Quelle, sowohl als Trink-, wie als Badecur, unleugbare Spuren der Jodintoxication, und zwar in einer dem constitutionellen Jodismus annähernd ähnlichen Form zeigten. Ein zugereister, athletisch gebauter Bräuer, welcher wegen Struma Hall's Jodquellen besuchte, zeigte schon in den ersten Tagen die Symptome der Einwirkung in hohem Grade; nachdem 10 Seidel getrunken und bei 30 Bäder (15—40 Mass Soole für ein Bad) genommen worden waren, zeigte der Kranke deutliche Spuren von Nutritionsstörungen, er hatte 15 Pfund seines Körpergewichtes eingebüsst, war sichtlich abgemagert und es dürfte derselbe bei längerem Verweilen in Hall wirklich das Bild des constitution. Jodismus geliefert haben. Die vergrössert gewesene Schilddrüse war ins Stadium der Involution getreten. Eine zarte, an chronischer Periostitis einer Rippe leidende Frau musste mehrmals die Badecur unterbrechen, da schon nach einigen Tagen Herzklopfen, Husten, Aengstlichkeit u. s. w. sich einstellten. Da nun in einer Mass Haller Jodwasser nur $^1/_{14}$ Gran Jod und Brom enthalten sind, so dürften diese zwei Fälle für die Behauptung, dass kleine Mengen Jods die gefürchteten Symptome eher zur Folge haben als grosse Dosen, sprechen. Dr. Etterlin schloss sich nach seinen in früheren Jahren im Wiednerspital gemachten Erfahrungen an die Ansicht Dr. Hermanns an.

Dr. Pellischek macht aufmerksam, dass er nach dem Gebrauch von Jod (bei Syphilis) Alopekie eintreten sah, welche späterhin wieder einem kräftigen Haarwuchse Platz machen könne. Eine im Detail gegebene Krankengeschichte bezog sich auf das Gesagte. Nebenbei bemerkte P., dass er die Jodtinctur als ein treffliches Topicum für primäre Chankergeschwüre empfehlen könne.

Dr. Friedinger abstrahirt aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass man für und gegen die Existenz des constitutionellen Jodismus Partei nehmen könne, es seien eben Individualitätsverhältnisse, welche in dieser, wie in den meisten therapeutischen Fragen die Hauptrolle spielen. Einige detaillirt erzählte Fälle erhärten das Gesagte.

Am Schlusse fordert Dr. Schuller, welcher wegen vorgerückter Abendstunde seinen angemeldeten Vortrag für die nächste Sitzung verschob, die Versammlung auf, über die schwebende Frage neuerdings Erfahrungen zu sammeln, ein Comité zu bilden, welches die Erfahrungen kritisch zusammenstellen und zur wissenschaftlichen Verwerthung benützen solle. Dieser Antrag, welchem der Decan den Wunsch beifügte, es wären auch die Directionen der Spitäler anzugehen, sich anzuschliessen, wurde angenommen. Prof. Patruban macht aufmerksam, es wolle dieses Comité auch alle jene Nebenumstände ins Auge fassen, welche Rilliet und seine Anhänger in der Jodfrage berücksichtigten, damit nicht etwa von dieser Seite Einwürfe gegen den wissenschaftlichen Gang der Erörterung der Jodfrage gemacht werden mögen. Er weist in diesem Anbetracht auf den von ihm Seite 413 des vorigen Jahrganges veröffentlichten Auszug hin und spricht seinen Dank aus, dass die geehrten Collegen seinem am Schlusse dieses Auszuges ausgesprochenem Wunsche so freundlich entgegenkamen.

Das die Wahlangelegenheiten vorberathende Comité hat sich am 18. d. M. constituirt und hat unter Vorsitz des zum Obmann gewählten Herr Dr. Moos den Beschluss gefasst, in seinem Kreise eine Vorwahl vorzunehmen, um der für den 28. d. M. in Aussicht stehenden Wahlversammlung der Wiener-Aerzte, falls es gewünscht wird, eine Candidatenliste vorlegen zu können.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Die Hörer der Klinik Prof. Oppolzers begrüssten am 18. d. M. ihren hochgeehrten Lehrer mit einer herzlichen Ansprache, in welcher sie zu erkennen gaben, wie sehr sie die auf ihn gefallene Wahl zum Rector der Universität als ein günstiges Omen für das kräftige Gedeihen der Wiener-Hochschule in dem düster dahinrollenden Jahre 1861 betrachtet wissen wollen.

Hofrath Oppolzer wendete bei Gelegenheit des Antrittes seiner neuen Würde einen Betrag von 1000 fl. den Unterstützungfonden für die Studierenden zu, wovon 500 fl. den Medicinern bestimmt wurden.

Professor Sauer in Pest, welcher zum Protomedicus gewählt wurde, hat erklärt, in diese Stellung nur dann eintreten zu wollen, wenn ihm sein Lehramt belassen würde. Es dürfte übrigens trotz der anstrengendsten Thätigkeit nicht leicht möglich sein, den Anforderungen dieses Doppelpostens Genüge zu leisten.

Dr. Theophil Eiselt wurde als Privatdocent für specielle Pathologie an der Prager- und Dr. Carl Folwarzny für physiologische und pathologische Chemie an der Wiener Universität habilitirt.

Die Lehrkanzel der speciellen Pathologie und Therapie für Wundärzte in Pest wurde dem a. o. Professor dieses Faches an der Pester Hochschule definitiv übertragen.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgem. Krankenhause wurden vom 15. bis 21. Jänner inclusive 417 Kranke (um 6 weniger, als in der Vorwoche) aufgenommen. Der Krankenstand variirte zwischen 2173 und 2096 und war am 11. d. M. 2110 (1214 M., 896 W.). Lungentuberculose, gastrische Affectionen kamen am öftesten, Typhen und Pneumonien in Mehrzahl zur Aufnahme.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Transferirt:

OA. Dr. Anton Schima, vom 18. Inf.-Rgt. zum Flotill.-Corps.
» Dr. Eduard Spitzer, von diesem zu jenem.
» Dr. Anton Cataneo, vom 38. Inf.-Rgt. zum Spital-Stande.
» Dr. Ignaz Abeles, vom 10. Kürass.-Rgt. zum 11. Feld-Jäger-Bat.
OWA. Ferdinand Lauterer, vom 12. Inf.-Rgt. zum Spitalstande.
» Raimund Cuisin, vom 12. Hus.- zum 62. Inf.-Rgt.
» Ignaz Priessnitz, vom diesem zu jenem.
» Franz Kautzky, vom 5. Uhlanen- zum 32. Inf.-Rgt.
» Josef Wehle, vom 35. zum 30. Inf.-Rgt.
» Christof Schmidt, vom 11. Hus.- zum 36. Inf.-Rgt.

Pensionirt:

RA. Dr. Josef Rustler, vom 15. Inf.-Rgt.
» Dr. Franz Hanselmann, vom 49. Inf.-Rgt. (mit St. A.-Charakter.)
OWA. Franz Drosg, vom 1. Inf.-Rgt.
» Josef Schwarz, vom 63. Inf.-Rgt.
» Leon Grader, vom 7. Uhl.-Rgt.
UA. Josef Töll, vom 19. Inf.-Rgt.
» Emanuel Beilich, vom Garnis.-Spit. zu Czernowitz.
» Wenzl Stehlik, vom 13. Gränz-Rgt. (mit OWA.-Charakter.)
» Johann Deinhardt, vom 32. Inf.-Rgt.
» Felix Koller, vom 7. Inf.-Rgt.
» Franz Eminger, vom 7. Inf.-Rgt. (mit dem Charakter und der Pension eines OWA.)

Berichtigung. In Nr. 3, S. 46, Rubrik: »Facultätsnachrichten« soll es sub 1 heissen statt Dr. Kluky, »Dr. E. Nusser«, ferner S. 47, Z. 6, v. o. ist nach: Saale, einzuschalten: abgehalten wurde.

Druck von Anton Schweiger in Wien.